

THÈSE **461**
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR
A. DEFOULOY

Pharmacien de 1^{re} Classe

Né à Lohéac (Ille-et-Vilaine) le 1^{er} février 1872

LES
Vomiques Nummulaires
SIMULANT
la Tuberculose Pulmonaire

Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

8. Rue Casimir-Delavigne, 8

1910

461

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A. DEFOULOY

Pharmacien de 1^{re} Classe

Né à Lohéac (Ille-et-Vilaine) le 1^{er} février 1872

LES

Vomiques Nummulaires

SIMULANT

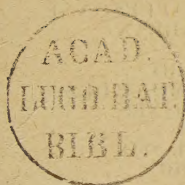
la Tuberculose Pulmonaire

Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

8. Rue Casimir-Delavigne, 8

1910



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs..	M. LANDOUZY. MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
Maladies des enfants.	LANDOUZY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GILBERT BALLET
Clinique des maladies du système nerveux	GAUCHER
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.	PIERRE DELBET
	QUENU
	RECLUS
Clinique ophtalmologique.	SEGOND
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DES-
Clinique gynécologique.	SAIGNES
Clinique chirurgicale infantile	POZZI
Clinique thérapeutique.	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANCON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE MARCEL	MULON	
DOUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES FILS GUY ET PIERRE

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie

Médecin de l'Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Médecine

A M. LE DOCTEUR EDG. HIRTZ

Médecin de l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous inspirer ce travail

Arrivé au terme de nos études de médecine, nous sommes heureux de rendre ici publiquement hommage à tous ceux qui, par leur science, leur enseignement et leurs conseils éclairés, nous ont aidé à atteindre ce but.

Nous adressons nos remerciements les plus respectueux à M. le professeur Chauffard, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous prions M. le docteur Edg. Hirtz, médecin de l'hôpital Necker, qui nous a donné le sujet de ce travail, de recevoir l'expression de notre gratitude.

Nous avons trouvé l'accueil le plus aimable auprès de M. le docteur Beaufumé, ancien interne des hôpitaux de Paris, et nous lui exprimons ici nos sincères remerciements.

A notre compatriote, M. André Gendron, interne des hôpitaux de Paris, par qui nous fûmes accueilli à l'hôpital Necker, de la façon la plus cordiale, et

présenté à M. le docteur Hirtz, nous adressons à la fois l'expression de notre gratitude et de notre sympathie.

Nous remercions nos Maîtres de l'École de Médecine et des Hopitaux de Nantes, à qui nous devons la base de nos connaissances médicales.

Merci enfin à ceux près de qui, pendant nos années d'études, nous avons toujours trouvé de bons conseils et un appui moral solide et plein de bienveillance.

A. D.

CHAPITRE I

Considérations générales sur le « Syndrôme Vomique » — Formes classiques des Vomiques

Les définitions que les auteurs classiques donnent de la vomique sont généralement concordantes. Les uns et les autres rangent sous ce terme général l'évacuation par les bronches d'une collection liquide, le plus souvent purulente, développée soit dans la plèvre, soit dans le poumon, soit dans le médiastin, soit enfin dans un organe abdominal voisin.

Le Professeur Dieulafoy la définit « *le rejet d'une collection purulente passée par effraction dans les voies respiratoires* ».

Collet appelle ainsi « *l'irruption d'une collection liquide, ordinairement purulente, dans les voies respiratoires, et son évacuation consécutive par la bouche et par le nez* ».

Elle est presque toujours constituée par du pus ;

cependant certaines collections pleuro-pulmonaires non purulentes peuvent aussi se rompre dans les bronches : il en est ainsi du kyste hydatique non suppuré du poumon, et aussi, mais exceptionnellement, de la pleurésie séro-fibrineuse.

La vomique présente un certain nombre de caractères spéciaux qui l'individualisent : les uns de premier ordre, à peu près constants, les autres secondaires et plus inconstants, dont le groupement varie suivant les cas.

Nous ne nous proposons pas de décrire ici dans tous leurs détails les éléments du syndrome vomique. Nous nous bornerons à rappeler sommairement les symptômes qui le constituent, à apprécier l'importance de chacun d'eux, et nous essaierons ensuite de démontrer qu'à côté des différentes formes de vomiques étudiées par les auteurs classiques il y a place pour un autre type clinique d'aspect particulier, susceptible de passer inaperçu et de donner lieu, par ce fait, à des erreurs de diagnostic, de pronostic et même de traitement.

Nous ne nous étendrons pas non plus sur les formes étiologiques de la vomique : nous donnerons seulement un aperçu clinique sommaire de ce syndrome avant d'arriver à la forme spéciale de vomique qui doit faire l'objet de cette étude : nous voulons parler des « VOMIQUES NUMMULAIRES ».

La vomique étant la signature clinique extériorisée d'une collection purulente thoracique ou abdominale, il résulte de là qu'elle est habituellement précédée d'un ensemble symptomatique spécial, évoluant dans un temps

plus ou moins long. Elle survient chez un malade déjà soigné pour une pleurésie purulente, enkystée ou non. une pneumonie, un abcès du foie, etc.

L'observation clinique a démontré l'existence de deux types de vomique nettement tranchés ; d'une part la *grande vomique*, massive, et d'autre part la *vomique fragmentée*, la plus fréquemment observée.

La première est précédée, dans la majorité des cas, d'une recrudescence de tous les symptômes qui sont sous la dépendance de la collection purulente : exagération du point de côté, augmentation de la dyspnée, surélévation brusque de la température. Quelques signes particuliers peuvent même s'observer, mais plus fugaces, plus inconstants : tels sont l'hémoptysie, plus ou moins considérable, la fétidité de l'haleine, un mauvais goût dans la bouche, ou quelques crachats purulents et fétides. Puis, brusquement le malade ressent une douleur thoracique d'intensité variable, il éprouve une sensation d'angoisse très pénible, il est pris de quintes de toux et de suffocation, et il sent lui monter à la gorge un flot de liquide qu'il rejette par grosses gorgées purulentes, comme dans une sorte de vomissement, et qui peut même, par le fait de son abondance, s'évacuer à la fois par la bouche et par le nez.

Bien que la mort par asphyxie ait été signalée au cours de la grande vomique pleurale, la terminaison est généralement heureuse, et la vomique est suivie d'un grand soulagement. L'état du malade s'améliore, les signes d'épanchement diminuent d'intensité, le niveau du liquide s'abaisse, la dyspnée devient moins

intense ; en un mot, à la scène tragique et alarmante qui avait précédé et accompagné la vomique fait suite une accalmie, momentanée peut-être, mais salutaire, pendant laquelle tout danger paraît écarté.

Diverses éventualités peuvent suivre cette grande vomique. Où bien elle est unique et suivie de guérison ; — où bien, grâce à une disposition spéciale de la fistule, permettant l'issue du pus par les bronches, mais s'opposant à l'entrée de l'air en quantité suffisante, le pus se reproduit dans la plèvre sans qu'apparaisse, cliniquement tout au moins, un pneumothorax ; sa reproduction amène une nouvelle vomique de caractères à peu près identiques à ceux de la première, et la même série de phénomènes s'observe de nouveau. La vomique peut ainsi se répéter plusieurs fois pour aboutir soit à la guérison soit à la cachexie progressive, — ou bien enfin elle se complique d'un pneumothorax évident et on voit se développer le tableau du pyopneumothorax qui évolue au milieu d'un cortège symptomatique grave et dont le pronostic est toujours sombre.

Telle est, dans ses grands traits, la vomique massive, la grande vomique classique.

A côté d'elle, le Professeur Dieulafoy a signalé d'autres vomiques dans lesquelles le pus n'est généralement pas rendu à flots, mais par petites gorgées, et même par crachats, de telle sorte que, faute d'attention, on pourrait prendre ces vomiques pour une simple expectoration bronchique abondante.

A ces vomiques de faible volume, simulant la bronchorrhée et faisant porter le diagnostic d'une catarrhe

bronchique, d'une bronchite fétide ou d'une broncheectasie, le professeur Dieulafoy a donné le nom de vomiques « *fragmentées* » qui marque à la fois leur intermitteance et leur division. Elles sont presque exceptionnelles dans la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, mais elles sont la règle dans les pleurésies enkystées dont le type le plus fréquent est la pleurésie interlobaire. Peut-être faut-il admettre, pour expliquer cette coïncidence, que l'enkystement a pour effet de favoriser l'ulcération, et par suite la rupture de la poche purulente, donnant lieu à la vomique. La constatation de la fétidité de l'haleine permet souvent de prévoir le vomique vingt-quatre heures d'avance.

Nous tenons à citer ici les termes dans lesquels s'exprime le professeur Dieulafoy, à la fin de sa troisième leçon clinique médicale de l'année 1898-99 sur la pleurésie interlobaire, à propos des vomiques de caractère particulier observées par lui dans cette maladie.

« Dans quelques cas, dit-il, la vomique est abondante et le malade rejette, au milieu de quintes de toux violentes et angoissantes, plusieurs centaines de grammes de liquide purulent fétide.

« Dans d'autres circonstances, le pus de la cavité interlobaire n'est pas rejeté sous forme de vomique abondante, il est fractionné et expulsé sous forme de crachats rappelant la bronchorrhée de la dilatation des bronches ou l'expectoration d'une bronchite fétide »

A propos du diagnostic-étiologique de la vomique pleurale, le professeur Dieulafoy, au cours de la même leçon clinique, s'exprime ainsi :

« La quantité de pus est du reste fort différente, suivant que la vomique succède à une vaste pleurésie de la grande cavité pleurale ou à une pleurésie purulente enkystée. Si la vomique est consécutive à une pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, et si la perforation est assez large, c'est par flots que le pus est rejeté; le malade a vraiment l'air de vomir du pus, il en peut rendre un demi-litre, un litre même dans l'espace de quelques instants ou de quelques heures. Mais il n'en est plus de même si la vomique est consécutive à une pleurésie purulente enkystée qui ne contient que quelques centaines de grammes de pus. Dans ce cas, ce n'est plus à flots que le liquide est rendu, c'est par petites gorgées, ou même par crachats, si bien que, faute d'attention, la vomique passerait inaperçue et pourrait être prise pour une simple expectoration bronchique.

« Je ne saurais trop appeler votre attention, insiste l'illustre Maître, sur ces petites « *vomiques fragmentées* » qui simulent la bronchorrhée et qui sont bien plus fréquentes que la grande vomique. Faute d'attention, vous prenez cette expectoration muco-purulente pour un catarrhe bronchique, pour une bronchite fétide, pour une bronchorrhée; mais, si, poussant plus loin vos investigations, vous obtenez de votre malade des réponses nettes et précises, vous apprenez que l'expectoration en question a débuté brusquement, à la suite de quintes de toux angoissantes et dyspnéiques, alors que, les jours précédents, l'expectoration était nulle. »

La vomique fragmentée se distingue donc nettement d'une expectoration bronchique ou de la bronchorrhée par son début subit au milieu de quintes de toux et d'accès de suffocation, et par l'évolution des accidents.

Nous nous sommes permis d'insister longuement sur l'aspect et la symptomatologie de ces deux formes de vomiques, l'une abondante et massive, l'autre plus discrète, et fragmentée, afin de mieux mettre en lumière tout à l'heure les caractères distinctifs d'un troisième type, dont nous allons maintenant aborder la description, les VOMIQUES NUMMULAIRES.

CHAPITRE II

Les vomiques nummulaires Observations.

Les deux formes cliniques dont nous venons d'exposer les caractères ne semblent pas constituer à elles seules la totalité du syndrome vomique.

C'est ce qu'ont tout récemment démontré MM. Edg. Hirtz et Beaufumé dans une communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux, le 18 mars 1910 ; et leur opinion a été confirmée dans la discussion intéressante qui a suivi cette communication, par MM. les Docteurs Netter, Danlos et Gouget. Se basant en effet sur plusieurs observations minutieusement étudiées, que nous allons citer in-extenso, MM. Hirtz et Beaufumé ont parfaitement mis en évidence qu'une collection purulente de volume quelconque, voisine de l'arbre bronchique, pouvait être évacuée au-dehors sous un autre mode. Il ne s'agit plus ici ni de la grande vomique, ni même de la vomique fragmentée, mais d'une vomique de volume

plus réduit encore, et dans laquelle le pus est rejeté en petite ou même *très petite* quantité.

Non seulement le volume et l'état de division de la vomique sont spéciaux, mais les symptômes cliniques concomitants habituels en pareil cas sont eux-mêmes modifiés et prennent une physionomie toute particulière.

Mais avant d'étudier ces vomiques nummulaires dans le détail de leurs caractères propres, nous allons citer les observations dont nous venons de parler ; nous essaierons ensuite de synthétiser les faits cliniques qu'elles contiennent.

Observation I

Alm., 26 ans, tailleur, est atteint d'ozène depuis son enfance. Vers fin juin 1908, il se serait endormi le soir sur un banc dehors et aurait pris froid. Les jours suivants il aurait ressenti un léger point de côté sous le sein droit. Puis, vers le milieu de juillet, il fut pris d'hémoptysies légères qui se répétèrent à peu près tous les jours pendant un mois. Après quoi, sans toux appréciable, il se mit à rejeter quelques crachats muco-purulents, isolés, crachats qui eurent, à un certain moment, une odeur assez forte.

Pas de dyspnée, pas de fièvre. A l'hôpital Lariboisière, on porta le diagnostic de tuberculose pulmonaire et on le soumit aux injections de cacodylate de soude et à la viande crue.

Vers le milieu de novembre, l'expectoration était à peu près insignifiante, le malade avait engraisé de 3 kilos 500 et il reprit sa profession.

Quelques jours après, apparut un peu de toux qui devint quinteuse la nuit, en même temps que survinrent à nouveau de

légères hémoptysies. De plus, Alm... recommença à cracher davantage; l'appétit disparut, quelques vomissements survinrent, l'amaigrissement se reproduisit avec un léger mouvement fébrile. Il entra de nouveau dans le même hôpital; on le considéra alors, dans un nouveau service, comme un tuberculeux pulmonaire avancé et on le mit dans une salle réservée aux tuberculeux. Après environ quinze jours de séjour dans cette salle, Alm... demanda à sortir, et au bout d'une semaine il était admis à l'hôpital Necker, salle Chauffard, n° 13.

A son entrée, Alm... a l'aspect d'un bacillaire *subfébrile*, avec amaigrissement léger, toux, ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique accentuée. Son crachoir contient trois ou quatre crachats non odorants, d'aspect nummulaire. Mais à l'examen physique, pratiqué méthodiquement, on est surpris de ne trouver aucun signe d'auscultation anormale au niveau des sommets. On découvre alors avec difficulté une petite zone de submatité à droite, à la hauteur et en arrière du mamelon; sans souffle ni bruits cavitaires. Les crachats ne contiennent aucun bacille de Koch.

Les jours suivants l'expectoration présente toujours les mêmes caractères : quelques crachats nummulaires isolés, dont quelques-uns sont expulsés très difficilement, surtout la nuit, après de violentes quintes de toux. En totalité l'expectoration ne dépasse pas, dans les vingt-quatre heures, une cuillerée et demie ; à ces crachats muco-purulents est mélangée un peu de salive épaisse et gluante. Un interrogatoire très serré montre que jamais il n'y eut de vomiques à proprement parler.

Le 4 janvier 1909, hémoptysie assez copieuse.

Les jours suivants, râles humides à la base du poumon droit, latéralement, et respiration légèrement soufflante.

Le 8 janvier, le diagnostic clinique de pleurésie interlobaire est confirmé par l'examen radioscopique, qui ne décèle aucune lésion pulmonaire tuberculeuse.

Pendant le mois de janvier survinrent encore quelques cra-

chats hémoptoïques, de légères poussées fébriles, mais l'expectoration alla en diminuant très notablement sous l'influence du repos, de la suralimentation, du cacodylate de soude et des désinfectants. De temps à autre l'expectoration fut légèrement fétide, d'une façon passagère, ainsi que l'haleine.

Quoi qu'il en soit, à mesure que l'état général s'améliora, tous les phénomènes s'amendèrent, et l'expectoration finit par disparaître elle-même totalement dans le cours du mois de mars 1909.

Notons qu'à aucun moment, pendant son séjour à Necker, le malade ne présenta d'interruption nette dans le rejet des crachats, très peu abondants il est vrai, mais toutefois journaliers. A cette époque la radioscopie montra la disparition complète de l'opacité primitive.

Ce malade, qui a été revu quelques mois plus tard, était alors dans un état de santé parfaite.

Observation II

Mme V..., trente ans, mère de trois enfants bien portants, est prise, sans raison apparente, fin 1908, de bronchite. Contrairement aux prévisions, cette bronchite généralisée persista pendant deux mois avec mouvement fébrile irrégulier, perte des forces et amaigrissement notable, et le diagnostic du médecin traitant s'orienta vers une tuberculose pulmonaire à début bronchitique. La malade fut envoyée dans le Midi. Là elle contracta une grippe et prit de ses enfants une légère coqueluche.

En janvier 1909, Mme V... rejeta après la toux, pendant quelques jours, quelques crachats muco-purulents isolés, différents de l'expectoration banale habituelle. Un examen méthodique complet ne révéla rien au niveau des sommets, ni ailleurs. Les

bacilles de Koch furent recherchés de multiples fois dans les crachats et ces examens furent toujours négatifs.

Sur plusieurs inoculations à des cobayes, une seule fut douteuse, les autres rassurantes.

Puis survint une accalmie ; mais à la suite de refroidissement et de surmenage avec ses enfants, de la fièvre, fièvre irrégulière, réapparut aux environs de 40° le soir ; la toux devint très fréquente et pénible, avec une légère dyspnée, sans point de côté, mais avec un état général rapidement mauvais, et de la diarrhée. L'expectoration se montra de nouveau purulente sans vomique véritable : crachats isolés, rejetés après des quintes de toux et en petite quantité, d'aspect nummulaire ; pas de fétidité de l'expectoration ni de l'haleine. La malade est alors vue par un professeur de province, qui porte le diagnostic de pneumonie caséuse.

Sous l'influence du repos, de la suralimentation raisonnée, des injections de cacodylate de soude, etc. . . , amélioration notable qui permet le retour à Paris.

A ce moment la malade est vue par un de nos collègues les plus éminents qui confirme le diagnostic de pneumonie caséuse, ordonne du sérum de Marmorek et porte un pronostic très grave.

Le docteur Hirtz refuse d'admettre ce diagnostic, en raison de ce que des examens répétés des crachats ne décèlent de nouveau aucun bacille de Koch, tandis que s'il s'agissait vraiment de caséification donnant naissance à des crachats nummulaires typiques, ceux-ci devraient en fourmiller. Il décèle une matité assez tendue, sans vibrations, à la base gauche et porte le diagnostic de foyer purulent de la base gauche se vidant par crachats très fragmentés. Il conduit la malade, très fébrile et dyspnéique, chez M. Bécclère ; celui-ci pratique un examen radioscopique qui montre une opacité anormale au niveau de la base du thorax gauche et une transparence à peu près parfaite des sommets ; il porte le diagnostic ferme de pleurésie purulente enkystée de

la base gauche. L'intervention opératoire proposée est rejetée.

La malade repart dans son pays, où M. Urmès la soumet à un traitement à peu près analogue à celui des tuberculeux pulmonaires, dans une sorte de sanatorium-home. Avec des alternatives d'amélioration nette et de reprise des phénomènes mobides, la malade continue à expectorer, comme précédemment, quelques crachats purulents presque exclusivement dans la journée, mais n'a jamais de vomique vraie. De temps en temps l'expectoration cesse totalement pendant quelques jours.

Il y eut deux légères hémoptysies. Bref, après six mois environ, tout rentre progressivement dans l'ordre et la santé réapparaît totalement. L'expectoration n'existe plus et l'engraissement est de 12 kilos. La radioscopie, refaite par M. Bécclère, montre la disparition complète de l'opacité de la base gauche et la mobilité parfaite du diaphragme. Depuis lors, la santé est très bonne et la guérison de cette pleurésie enkystée est demeurée complète et définitive. Le fait seul que l'inoculation à un des cobayes aurait donné autrefois un résultat positif fait encore surveiller la malade.

Observation III

C. . . , quarante-sept ans, eut une excellente santé jusqu'en juin 1909. A cette époque, sans raison apparente, sans point de côté, sans dyspnée, sans fièvre, il fut pris de toux légère suivie de quelques crachats muco-purulents. En même temps il eut quelques légères hémoptysies. Août, septembre et octobre furent à peu près normaux : ni toux, ni expectoration.

En novembre 1909, les forces déclinerent un peu, l'amaigrissement apparut, et il se produisit une toux violente et quinteuse ; puis de nouveau se montrèrent quelques crachats jaunâtres, épais, très souvent striés de sang noirâtre. De novembre 1909 à fin mars 1910, ce qui domina ce fut une toux opiniâtre et quin-

teuse, surtout la nuit, et une expectoration difficile, muco-purulente ou purulente. Cette expectoration eut toujours lieu par crachats isolés et jamais par petites gorgées de pus, et à plus forte raison par vomiques plus caractérisées.

L'un de nous vit le malade fin mars, et, en raison de l'amai-grissement notable, de la toux, de l'expectoration, dont les caractères n'avaient pas été suffisamment précisés, des hémoptysies, des doigts hippocratiques, d'un léger mouvement sub-fébrile et d'une légère élévation de la tonalité sous la clavicule gauche, porta le diagnostic de tuberculose pulmonaire, comme plusieurs médecins auparavant.

Le malade est soumis au repos, à la suralimentation, aux piqûres de cacodylate de soude, etc... Une amélioration évidente est rapide, et notamment la toux disparaît presque totalement. Pour affirmer encore le diagnostic, on pratique un examen bactériologique, bien que cela paraisse un peu superflu. A notre grande surprise, les crachats ne contiennent pas de bacille de Koch. Cet examen étant fait dans le laboratoire de M. Mosny, nous montrons à ce dernier les crachats en question : M. Mosny nous affirme, sur leur simple aspect, et particulièrement sur leur caractère gluant, qu'il doit s'agir de kyste hydatique suppuré du poumon. Nous recherchons alors spécialement s'il n'existerait pas, dans cette expectoration, des crochets ou des vésicules d'hydatides; nous n'en trouvons pas, ce qui est tout naturel, puisque la collection purulente date d'au moins juin 1909.

Le malade, qui habite la province, est prié de venir à Paris. Nous pratiquons alors, le 17 avril dernier, un examen des plus soignés du thorax, mais, à part une légère élévation de la tonalité sous la clavicule gauche, l'auscultation nous semble parfaite partout. Le malade a engraisé de 2 kilos, la toux a presque totalement disparu; il ne reste plus que l'expectoration purulente. Les crachats rares, qui se montrent surtout dans le cours de la journée, et peu ou pas la nuit, viennent dans la bouche

sans effort ni gêne, « *comme si on les plaçait avec la main*, » suivant l'expression du malade.

La radioscopie, pratiquée par M. Haret, montre une opacité volumineuse, *nettement sphérique*, au niveau de la moitié supérieure du poumon gauche. Cette opacité est distante d'un demi-centimètre de la clavicule et d'un centimètre et demi du bord gauche du cœur ; dans les positions obliques, on la localise facilement comme étant distante d'environ un doigt de la paroi costale antérieure et de trois doigts de la paroi costale postérieure. Pas de succussion apparente. Le diagnostic de kyste hydatique suppuré du poumon gauche est donc certain, en raison de l'évolution clinique de l'affection, de l'aspect des crachats purulents, de la localisation de l'opacité radioscopique et de la forme parfaitement circulaire de cette opacité.

Le malade a refusé toute intervention. Bien que le diagnostic de kyste hydatique ne fût pas douteux, on se proposait de faire la recherche de l'éosinophilie sanguine et de pratiquer la réaction de la *déviatiou du complément*, de Weinberg, mais le malade, refusant toute intervention, est reparti précipitamment dans son pays.

CHAPITRE III

Caractères des Vomiques Nummulaires

D'après ces trois observations, il existe donc, à n'en pas douter, une forme de vomiques nummulaires qui, par elles-mêmes et par les symptômes qui les accompagnent, simulent parfaitement la tuberculose pulmonaire.

Nous allons maintenant essayer, en faisant une synthèse des faits cliniques contenus dans nos observations, de donner une description de ces vomiques nummulaires et de les différencier des autres formes connues.

Tout d'abord, au cours de quelles affections peut-on les observer ?

Nos observations nous ont démontré qu'elles peuvent figurer dans le cortège symptomatique de la pleurésie interlobaire (Obs. I), de la pleurésie purulente enkystée de la base (obs. II) et du kyste hydatique suppuré du poumon (Obs. III).

Il semble logique d'étendre cette nomenclature et de penser, bien que les exemples cliniques nous fassent défaut, qu'elles peuvent aussi se voir d'une manière générale, dans toutes les collections purulentes de la plèvre, du poumon et du médiastin.

A priori, rien n'empêche non plus qu'elles puissent encore être sous la dépendance d'un mal de Pott profondément situé dans la gouttière costo-vertébrale, ou terminer l'évolution des abcès migrants du poumon consécutifs à la tuberculose costale, des abcès du rein, du foie, de la rate, des abcès sous-phréniques, des périhépatites, et des pyélo périnephrites.

Leur production n'est donc pas influencée par le volume de la collection purulente ; et cela serait cependant logique, car nous savons que certaines pleurésies enkystées, interlobaires notamment, peuvent ne contenir que quelques cuillerées de pus ou même moins. Ces vomiques peuvent donc s'observer indifféremment avec une collection petite ou grande ; nos observations II et III rapportent deux cas dans lesquels elles ont été produites par une collection volumineuse.

Ce qui caractérise encore les vomiques nummulaires, c'est qu'elles sont constituées par une expectoration minime. Ici, en effet, c'est toujours en petite quantité, ou même en très-petite quantité que le pus ou le mucopus est rejeté.

Ce faible volume les sépare, d'une façon évidente, de la grande vomique classique ; il les distingue encore des vomiques fragmentées de Dieulafoy dans lesquelles l'expectoration se produit aussi par faibles quantités,

mais conserve quand même, de par son volume relatif et de par sa fréquence, un caractère d'abondance assez net pour simuler la bronchorrhée de la dilatation bronchique par exemple. Il y a toujours, dans les vomiques fragmentées, des gorgées de pus, bien qu'à certains moments la vomique puisse se finir par crachats.

La vomique fragmentée s'accompagne en outre d'un syndrome pleuro-pulmonaire aigu, tandis que dans les cas que nous étudions, l'évolution est plus silencieuse et plus trainante.

Enfin le principal caractère des vomiques nummulaires réside dans l'aspect de l'expectoration. Indépendamment de sa petite quantité, elle est remarquable *parce qu'elle se produit uniquement et seulement sous forme de crachats isolés*, aussi bien dans le cours de la journée que le matin, aussi bien dans la position verticale que dans la position horizontale.

L'émission de ces vomiques se fait chaque jour, et les crachats sont séparés dans leur rejet par un espace de temps plus ou moins long, ou bien elle peut se montrer intermittente et il est possible d'observer des périodes plus ou moins longues d'absence totale d'expectoration purulente.

Recueillis dans un crachoir contenant de l'eau, les crachats restent intacts, conservent leur forme, ne se mélangent pas au liquide et ne lui abandonnent que la quantité variable de salive qui les accompagne.

En raison de leur constitution purulente ou mucopurulente, ils ressemblent totalement, de par leur cohérence et de par leur forme, aux crachats nummulaires

de la tuberculose pulmonaire chronique caverneuse. C'est pour cette raison que MM. Hirtz et Beaufumé ont proposé de donner aux vomiques constituées par ces crachats le nom de « *Vomiques nummulaires* ».

Aussi est-il facile de comprendre que ce caractère de l'expectoration pourra faire penser tout d'abord, à l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

Les traits caractéristiques des vomiques nummulaires nous étant connus, il nous faut préciser maintenant sous quel aspect se présente le cortège de symptômes qui les accompagne, et s'il y a lieu de penser qu'il diffère nettement de ce qu'on observe avec les autres formes de vomiques.

La toux existe le plus souvent : elle peut, comme dans les grandes vomiques, accompagner le rejet purulent, sous l'aspect de quintes violentes ; elle peut aussi consister seulement en quelques coups de glotte rappelant d'assez près la toux sèche et brève des malades atteints de tuberculose pulmonaire à la période de début. Enfin elle peut faire totalement défaut.

L'hémoptysie est loin d'être rare, puisque nous la trouvons mentionnée dans nos trois observations ; elle peut être constituée par le rejet soit de sang pur, soit de crachats hémoptoïques ou à peine striés de sang.

Il en est de même de la dyspnée, qui peut être plus ou moins intense ou manquer tout à fait.

Il n'y a pas d'angoisse, et cela s'explique par le fait que l'irruption purulente dans les bronches n'est que très peu abondante et qu'il n'y a aucune raison

apparente et subite, pour le malade, de croire à un danger imminent.

La douleur thoracique peut manquer, et la possibilité de son absence ne saurait nous surprendre, puisque cette douleur thoracique paraît dépendre surtout de l'inflammation de la plèvre costale ; une collection intra-pulmonaire ou située profondément peut donc être tout à fait indolore.

Les doigts hippocratiques même peuvent se rencontrer.

L'état fébrile ou subfébrile du malade est fréquent. Tantôt permanent, tantôt procédant par poussées intermittentes, il est la conséquence même de l'infection.

L'amaigrissement et la perte des forces sont plus ou moins marqués, mais à peu près inévitables ; ils dépendent à la fois de la fièvre, de la diminution de l'appétit, des quintes de toux et de la lutte de l'organisme contre l'infection.

Le malade se trouve en somme dans un état de déchéance organique manifeste.

Le début de l'affection est d'ordinaire fort difficile à apprécier ; il peut varier suivant les cas, mais il est toujours plus ou moins traînant.

C'est en effet ce que nous montrent nos observations.

Le premier malade, après avoir pris froid dans les derniers jours de juin 1908, ne ressent d'abord, les jours suivants, qu'un léger point de côté : des hémoptysies légères, mais quotidiennes, n'apparaissent que vers le

milieu de juillet, elles durent un mois, et c'est seulement après leur disparition, c'est-à-dire six semaines après le début de la maladie, que le patient se met à rejeter, sans toux appréciable, quelques crachats muco-purulents isolés.

La seconde malade, à la suite d'une bronchite qui débute à la fin de juin 1908, reste pendant deux mois dans un état subfébrile intermittent, elle maigrit, s'affaiblit, est envoyée dans le Midi par son médecin, y contracte une grippe, et ce n'est qu'en janvier 1909 qu'elle commence à expectorer. Après une période d'amélioration, la fièvre, la dyspnée et la toux reparaissent, et avec elles l'expectoration qui présente, comme la première fois, le même aspect de crachats nummulaires isolés.

Chez le troisième malade le début est encore moins net : la toux et l'expectoration commencent, sans raison apparente, en juin 1909, en même temps que quelques hémoptysies, mais sans autres symptômes. Puis, pendant trois mois tout disparaît et c'est en novembre seulement que le malade se met à maigrir, qu'il sent ses forces diminuer et que la toux et l'expectoration muco-purulente, par crachats isolés, font de nouveau leur apparition.

On comprend aisément comment cette évolution subaigüe ou prolongée d'une affection profonde, jointe aux caractères de l'expectoration et aux symptômes fonctionnels et généraux qui l'accompagnent, peut éveiller l'idée de tuberculose pulmonaire.

Sans dire qu'il soit de règle que ces vomiques nummulaires, simulant l'expectoration des tuberculeux, fas-

se toujours porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire chronique, il n'est que trop vrai que, le plus souvent c'est ce diagnostic qui est ou qui a été porté dans des cas semblables.

De cette vérité font encore foi nos trois observations dans lesquelles les vomiques nummulaires furent méconnues et rapportées à une tuberculose non existante.

Nous voyons en effet que le premier malade, considéré comme bacillaire à son entrée à Lariboisière, relégué plus tard dans un service de tuberculeux du même hôpital, lorsqu'après une légère amélioration qui lui avait permis d'en sortir il y est admis de nouveau, présente à son entrée à Necker, l'aspect extérieur d'un bacillaire avancé.

La seconde malade, également considérée comme bacillaire par son médecin est envoyée par lui dans le Midi ; un professeur de province, qui la voit un peu plus tard, croit lui aussi se trouver en présence d'un cas de tuberculose pulmonaire et porte le diagnostic de pneumonie caséuse ; à Paris enfin un médecin éminent est consulté et confirme ce diagnostic.

Il en est encore de même du troisième : il présente si nettement la plupart des signes extérieurs de la tuberculose pulmonaire, qu'on est fort surpris de ne pas trouver de bacilles de Koch dans ses crachats.

En présence de cette erreur de diagnostic, successivement commise, au sujet de chacun de nos trois malades, par des cliniciens expérimentés, il faut admettre

que l'ensemble des symptômes, l'aspect extérieur du malade et l'évolution de la maladie simulent à s'y méprendre le cortège symptomatique et l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE IV

Diagnostic étiologique des vomiques nummulaires.

Puisque les vomiques nummulaires peuvent, par l'ensemble de leurs différents caractères intrinsèques, par leur évolution et par l'aspect clinique du malade, faire porter à tort le diagnostic de tuberculose pulmonaire, nous avons à nous demander maintenant si le diagnostic étiologique en est possible et sur quels éléments ce diagnostic devra s'appuyer.

Ce diagnostic est délicat, il est même réellement difficile. Les observations que nous avons citées et les détails dans lesquels nous venons d'entrer, dans le chapitre précédent, au sujet des symptômes concomitants, ne nous permettent pas d'en douter. Des médecins éminents s'y sont trompés et l'erreur a pu être commise par les cliniciens les plus expérimentés. Tout concourt en effet à éveiller dans l'esprit du médecin l'idée de

tuberculose pulmonaire : la fièvre, l'amaigrissement, la perte des forces, les hémoptysies, la toux, la dyspnée, l'expectoration des crachats nummulaires isolés, l'évolution.

Si la répétition et la persistance de l'expectoration sous la forme *spéciale* que nous avons décrite n'attirent pas l'attention du médecin, si le malade n'est pas surveillé de très près sur ce point, les caractères de la vomique passeront inaperçus et la confusion avec les crachats nummulaires de la tuberculose pulmonaire sera fatalement commise.

Et pour peu que l'interrogatoire décèle, dans les antécédents du malade, des signes plus ou moins certains de tuberculose personnelle ou familiale, voilà la question tranchée et l'étiquette du tuberculose pulmonaire chronique posée. L'erreur de diagnostic entraîne fatalement avec elle celle de pronostic et de traitement.

Or les conséquences d'une pareille méprise sont considérables ; elles atteignent à la fois le malade et le médecin.

Elles atteignent d'abord le malade, parce qu'on le terrorise à tort ; le malheureux se croit atteint d'un mal incurable dont l'issue peut être proche ; n'ignorant pas le pronostic sévère que comporte la tuberculose pulmonaire, il perd tout espoir et croit ses jours comptés ; et cet état d'esprit ne peut retentir que d'une façon fâcheuse sur le mal physique, parce qu'il diminue la résistance de l'organisme et paralyse ses réactions.

Si le diagnostic erroné de tuberculose n'est révélé qu'à l'entourage du malade, le résultat est le même ;

car il est bien difficile que la famille réussisse à dissimuler longtemps ses impressions à un malade qui les épie sans trêve, et que l'intéressé n'arrive pas à comprendre ce qu'on pense ou à surprendre ce qu'on dit de lui.

Quant à prétendre que l'erreur importe peu et qu'on ne court aucun risque à soigner le malade comme tuberculeux, même sans être certain qu'il le soit, sous prétexte qu'un traitement capable d'améliorer ou de guérir un bacillaire peut, à plus forte raison, guérir celui qui ne l'est pas, ce serait là pure hérésie ! Est-ce donc si peu de chose de se croire tuberculeux sans l'être, et d'abandonner, pour traiter en désespéré une maladie difficilement curable, dont on n'est pas atteint, une situation, une famille, un avenir, et le fruit de maintes années d'effort et de travail ?

Le médecin assume au contraire une lourde responsabilité quand il affirme que son malade est atteint de tuberculose pulmonaire : aussi ne doit-il l'accepter que si son diagnostic est basé sur des preuves irréfutables et indiscutables. Ne se peut-il pas, en effet, qu'à l'aveu d'une tuberculose un avenir soit brisé, un mariage rompu, un emploi refusé ? Que le fait d'avoir été soigné comme bacillaire entraîne pour l'intéressé, quels que soient son âge et sa condition, les conséquences les plus graves ?

Et s'il arrive que le prétendu tuberculeux se guérisse, quelle sera devant lui et devant sa famille l'attitude du médecin qui l'aura décrété bacillaire alors qu'il ne l'était pas ? Ni le malade, même revenu à la santé, ni les siens, ne pardonneront à ce médecin les

conséquences déplorables de son erreur; on l'accusera d'ignorance, de légèreté, sa renommée en souffrira et, en admettant qu'il n'en soit pas autrement inquiété, il ne tardera pas à constater tout au moins des brèches dans sa clientèle.

A quelque point de vue donc qu'on se place, et si difficile qu'il puisse paraître de porter un diagnostic ferme et exact en pareille circonstance, il faut éviter l'erreur.

Nous nous proposons d'indiquer maintenant les mesures qui doivent être prises dans ce but et les signes physiques et expérimentaux dont l'observation attentive pourra permettre au médecin d'écarter l'idée d'une tuberculose pulmonaire apparente.

Tout d'abord, et c'est là une précaution de la plus haute importance, le médecin devra exiger, de la façon la plus formelle, que le malade crache *dans un crachoir* et non dans un mouchoir ou ailleurs, et que le contenu du crachoir ne soit jamais jeté sans qu'il l'ait permis. Cette indication a surtout son importance au point de vue de la clientèle privée. Le crachoir sera constitué par un vase en faïence ou en terre vernissée, couvert, à fond plat, facile à nettoyer, et dans lequel il soit facile d'apprécier l'aspect, la consistance et la viscosité des crachats. Ce récipient aura été préalablement lavé à l'eau bouillante et le malade sera seul à s'en servir. Ces précautions, qui pourront paraître exagérées ou banales, trouveront leur importance lorsqu'il s'agira de pratiquer l'examen bactériologique des crachats et de se prononcer sur leur caractère bacillifère.

L'examen attentif et complet du malade, avant toute autre recherche, donnera surtout l'éveil.

Puisque l'on pense à la tuberculose pulmonaire, les recherches se porteront d'abord du côté des sommets, et alors on sera surpris de voir que les signes physiques de percussion et d'auscultation des sommets ne sont pas ceux que l'on pouvait prévoir, ou même manquent tout à fait. De ce défaut de parallélisme entre les signes fonctionnels et généraux d'une part et les signes physiques d'autre part, on pourra déduire que la lésion siège ailleurs qu'aux sommets, ce qui cadre mal avec l'hypothèse de tuberculose.

La constatation d'une zone de matité de forme ou de siège particuliers ne devra pas être négligée : cette matité siégeant à l'une des bases devra faire penser à une pleurésie enkystée de la base ; une matité siégeant au niveau d'une scissure, d'un côté seulement, et entourée d'une sonorité normale dans tout le reste de l'étendue du poumon, éveillera l'idée de pleurésie interlobaire.

Le défaut d'antécédents bacillaires directs, ou chez les ascendants, ou dans l'entourage du malade, l'absence des signes de la déchéance organique qui précède toute bacillose pulmonaire et lui ouvre pour ainsi dire la porte devront mettre en garde contre l'idée d'une lésion tuberculeuse.

Il ne faudra pas non plus se laisser induire en erreur par l'état subfébrile du malade, par son degré d'amaigrissement plus ou moins avancé, par quelques hémoptysies, par la déformation des phalanges, puisque nous savons que ces symptômes peu-

vent s'observer ailleurs que dans la tuberculose pulmonaire.

Enfin, l'examen bactériologique des crachats tranchera la question en démontrant qu'ils ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Tels sont les éléments de premier ordre qui devront servir de base au diagnostic. Ils pourront à eux seuls, dans bon nombre de cas, donner au médecin de fortes présomptions, sinon des certitudes, sur le caractère bacillaire ou non bacillaire de l'affection.

Mais il ne sera pas inutile d'y ajouter les ponctions exploratrices, au besoin répétées à des intervalles qui seront déterminés par l'état local et général du malade et par l'évolution de l'affection. Ces ponctions seront faites au niveau du siège présumé de la collection purulente, avec des aiguilles assez longues pour pénétrer au sein de la collection, même si elle est profondément située dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, et d'un calibre suffisant pour qu'on ne puisse pas avoir à craindre un insuccès dû à la consistance épaisse et grumeleuse du pus.

Le liquide retiré par la ponction sera soumis à l'examen bactériologique.

L'inoculation des crachats au cobaye pourra fournir un contrôle expérimental des notions acquises par les autres procédés d'investigation.

L'épreuve du séro-diagnostic, qui consiste à étudier, selon la méthode d'Arloing, les propriétés agglutinantes du sérum du malade pourra être tentée ; cette épreuve agglutinative du sérum suspect est faite à différents

titres, ordinairement du cinquième au vingtième, et le résultat en est examiné après un intervalle de quelques heures. de repos des tubes de culture mis en expérience. Si les différents mélanges de culture de bacille de Koch et de sérum sont restés aussi limpides que le tube conservé pur, comme témoin, et ne présentent pas d'amas pulvérulent précipité au fond, la réaction est dite négative et l'on conclut que le malade n'est pas tuberculeux.

Dans le cas contraire, si l'agglutination se produit au-dessus du titre de un cinquième (le sérum d'homme adulte normal agglutine, mais jamais au-dessus de un cinquième) le diagnostic de la tuberculose est vraisemblable.

Les diverses méthodes d'injection de tuberculine pourront aussi donner des indications.

Signalons d'abord l'injection de deux à trois dixièmes de milligramme de tuberculine sous la peau ; si elle produit chez le sujet injecté une réaction générale et locale caractérisée par de la fièvre, des sueurs, de la céphalalgie, de la courbature, on sera en droit de soupçonner chez lui la tuberculose, et s'il est réellement porteur des foyers tuberculeux, ceux-ci seront le siège d'une vaso-dilatation congestive que l'auscultation révélera quelquefois. Si l'essai est négatif, il pourra être renouvelé sept ou huit jours plus tard.

La cuti-réaction, de Von Pirquet, consiste à introduire dans la peau une petite quantité de tuberculine au niveau d'une légère scarification. Chez un sujet sain elle ne donne aucune réaction ; chez un tuberculeux elle

produit, au bout de 48 heures, une rougeur œdémateuse au niveau de la place cutanée, puis une papule, simulant la fausse vaccine, qui disparaît en une semaine.

L'intra-dermo réaction du Dr Mantoux est une variante de l'épreuve précédente ; elle consiste à introduire la tuberculine dans l'épaisseur du derme et à constater la réaction locale par l'apparition d'une petite rougeur papuleuse qui rappelle l'aspect de la piqure de puce.

L'ophtalmo-réaction, de Calmette, consiste à instiller la tuberculine sur la conjonctive oculaire. Chez un sujet non tuberculeux elle ne donne rien, tandis que chez un tuberculeux elle produit localement une injection vasculaire accompagnée de larmoiement, avec léger ex-sudat fibrineux, mais sans élévation thermique. La réaction maxima s'observe entre six et seize heures après l'instillation ; tout rentre dans l'ordre au bout de 24 à 48 heures.

Ces différentes méthodes d'épreuve de la tuberculine n'ont pourtant pas une signification absolue : outre que leur valeur a été discutée, il peut se faire qu'un malade ait eu autrefois une légère atteinte de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire ou autre, complètement guérie au moment de l'expérience, et que par ce fait il réagisse à la tuberculine bien que la collection purulente actuelle, dont on cherche à diagnostiquer la nature, ne soit pas tuberculeuse. On ne devra donc interpréter leurs résultats qu'avec réserve, et ne les accepter, s'ils sont positifs, qu'à titre d'indications complémentaires.

Enfin, l'examen radioscopique, auquel on n'a malheu-

reusement pas assez souvent recours dans la clientèle privée, lèvera toutes les hésitations du médecin en lui donnant, sous la forme d'une ombre portée sur l'écran, l'image des lésions que la clinique aura laissé soupçonner et le contrôle matériel des révélations qu'elles lui aura fournies.

La transparence normale des sommets, venant corroborer l'auscultation également normale et la sonorité parfaite déjà constatées ; la présence, sur l'écran, d'une ombre portée, unilatérale, correspondant au siège de la lésion et d'autant plus intense que cette lésion, opaque aux rayons X, occupe une épaisseur plus grande du poumon, devront faire cesser tous les doutes et faire rejeter le diagnostic, primitivement vraisemblable, de tuberculose pulmonaire.

Telles sont les différentes méthodes d'investigation et de contrôle auxquelles le médecin aura recours en présence d'un malade qui aura présenté des vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire.

Fort des résultats concordants de ces recherches, et renseigné d'une façon précise, sur le siège de la lésion, assez approximativement même sur son étendue et ses limites, le médecin n'aura plus le droit de considérer son malade comme un bacillaire avancé, voué à une issue fatale dans un délai plus ou moins long ; il devra traiter en lui un pneumopathique ou un pleuropathique d'une autre nature, ayant toutes chances de s'améliorer progressivement et de guérir sous l'influence d'une hygiène bien comprise et d'une thérapeutique appropriée à son cas.

Nous voici donc fixés maintenant sur deux points : d'une part, nous savons que le diagnostic étiologique des vomiques nummulaires, simulant la tuberculose pulmonaire, est délicat et difficile ; d'autre part, il semble que, grâce aux différents procédés que la clinique, la bactériologie, les réactions à la tuberculine et enfin la radioscopie mettent à notre disposition, ce diagnostic soit possible dans la généralité des cas.

Pourtant il n'en est pas toujours ainsi.

En effet, nous n'avons envisagé jusqu'ici que des cas relativement simples ; mais un individu peut être porteur d'une collection purulente due à des microbes banaux, et de plus être un tuberculeux pulmonaire ancien ou en évolution. Dès lors on imagine facilement combien le diagnostic sera pénible dans ce cas, il sera même parfois impossible.

C'est ce qui démontre l'observation qui va suivre. Le Dr Danlos, à l'obligeance de qui nous le devons, et à qui nous adressons nos meilleurs remerciements, a bien voulu rassembler à notre intention ses souvenirs en une note qu'il nous a remise et que nous reproduisons ici telle qu'il l'a rédigée.

Observations IV (Dr Danlos)

« Les cas que nous offre la clinique ne sont pas toujours
« aussi simples que ceux de M. le Docteur Hirtz. J'ai eu l'occa-
« sion d'observer à l'hôpital Ténon, il y a une vingtaine d'années,
« un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans

« environ qui allait, depuis deux ans, d'hôpital en hôpital, et
« qui était partout considéré comme un tuberculeux simple.

« Ce fut aussi ma première impression, bien qu'il y eût un
« contraste marqué entre l'exploration du thorax et l'expecto-
« ration. Celle-ci était puriforme, nummulaire, abondante, et
« néanmoins, à l'examen de la poitrine, on ne trouvait aux
« sommets que des signes d'induration sans ramollissement.
« Un jour je perçus nettement vers la base, à droite, des signes
« d'amphorisme qui disparurent puis se montrèrent de nouveau
« à plusieurs reprises. J'en conclus qu'il existait de ce côté une
« cavité pleurale dont l'évacuation intermittente produisait ou
« supprimait tour à tour les signes cavitaires.

« Vainement j'interrogeai le malade pour avoir, par les anté-
« cédents, la confirmation de ce diagnostic. Tout ce que je pus
« apprendre, c'est qu'il avait été traité dans plusieurs services,
« et toujours comme tuberculeux. Je portai donc le diagnostic
« de pleurésie purulente enkystée, de date incertaine, mais
« ancienne, accompagnée de tuberculose indurée des sommets.

« Au bout de quelques mois le malade mourut sans avoir
« présenté rien de bien spécial. A l'autopsie, je trouvai un
« kyste pleural à parois indurées, communiquant avec les bron-
« ches par un pertuis de deux à trois millimètres de diamètre, et
« dont le contenu, purulent, épais, peu ou pas miscible à l'eau,
« avait absolument la même apparence que le liquide expectoré.
« Les poumons présentaient, dans les sommets, une nappe
« étendue d'infiltration grise (pneumonie caséeuse) sans trace
« de ramollissement.

« J'interprétais ce fait comme un cas de pleurésie purulente
« qui, ultérieurement, à la suite du séjour prolongé fait par le
« patient dans les salles d'hôpital, s'était compliqué de tuber-
« culose, l'absence de ramollissement permettant de supposer
« que la tuberculose était secondaire.

« Je crois que, dans les mêmes conditions, il doit en être
« souvent ainsi et que, si le cas est ancien, et si le malade a fait

« dans des salles de tuberculeux un long séjour, il faut toujours
« songer à la possibilité d'une complication tuberculeuse.

« Pour reconnaître celle-ci, l'expectoration peut être d'un
« faible secours ; car si les crachats bacillaires sont noyés dans
« une abondante expectoration d'origine pleurale, la recherche
« des bacilles de Koch peut, malgré une tuberculose réelle, rester
« négative.

« Il y a plus à compter sur l'exploration clinique des som-
« mets et surtout sur les réactions spécifiques à la tuberculose,
« faites avec la prudence nécessaire. »

Cette observation du Docteur Danlos pourrait se passer de commentaires. Elle nous montre que le diagnostic à la fois formel et exact de la lésion non tuberculeuse peut être rendu impossible de deux façons : soit par l'évolution de cette lésion chez un tuberculeux, soit par le fait d'une tuberculose secondaire greffée sur un terrain que la répercussion de la lésion primitive sur l'état général et les conditions hygiéniques défectueuses dans lequel vit le malade traité à l'hôpital comme tuberculeux, ont mis dans un état de moindre résistance et de réceptivité particulière. Si le malade n'était pas tuberculeux primitivement, il a pu le devenir de par la nature bacillifère de l'atmosphère dans laquelle il est venu vivre et dans laquelle il s'est constitué, pour ainsi dire, un milieu de culture de choix

Mais, quoi qu'il en soit, que l'on pense que la tuberculose était préexistante ou secondaire à la pleurésie enkystée, ce qui importe c'est l'association des deux lésions chez un même individu, et la difficulté d'interprétation des signes cliniques. A l'époque où le Docteur

Danlos observa le malade dont nous venons de rapporter l'histoire, tous les cliniciens eussent été dans le même embarras. Heureusement aujourd'hui nous pouvons affirmer qu'il n'en serait plus de même dans tous les cas : c'est qu'en effet la radioscopie, cette méthode si précieuse, qui nous donne comme une sorte d'autopsie sur le vivant, permet de dissocier les complexus morbides pleuro-pulmonaires concomitants, et fournit la clef de diagnostics autrefois presque impossibles par le clinicien qui ne disposait que de son bon sens et à peu près que de ses cinq sens.

CHAPITRE V

Pathogénie des Vomiques Nummulaires

Nous avons étudié, dans un chapitre précédent, l'étiologie des vomiques nummulaires, et nous avons vu quelles étaient les affections qui pouvaient les produire. Nous venons de montrer combien il était nécessaire et cependant parfois difficile d'en interpréter exactement la signification. Il faut nous demander maintenant quelle est leur cause intime et par quel mécanisme elles peuvent se produire.

Nous avons dit que trois caractères principaux individualisent les vomiques nummulaires prises en elles-mêmes, savoir : leur faible abondance, leur production par crachats isolés et l'aspect nummulaire de ces crachats. Nous avons également montré que leur apparition n'est pas influencée par le volume de la collection purulente. Recherchons maintenant quels sont les différents facteurs anatomiques d'où peuvent dépendre ces caractères et comment il se fait que les vomiques nummulaires puissent se produire même dans le cas d'une collection abondante.

Quand il s'agit d'une poche purulente de petit volume, il est facile de comprendre que l'expectoration lui soit proportionnée et par conséquent très réduite, même si la poche se vide totalement ; si le pus se reforme, elle se vide de nouveau en donnant lieu à la production de quelques crachats seulement. Dans le cas d'une pleurésie enkystée, interlobaire notamment, qui ne contient quelquefois que quelques grammes de pus, c'est presque toujours ainsi que les choses doivent se passer, et il ne saurait en être autrement. Aussi nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que, vraisemblablement, des collections enkystées très peu volumineuses doivent être souvent méconnues. Mais s'il s'agit d'une collection moyenne ou grande, il faut rechercher une autre explication. Pour interpréter cette disproportion entre le volume de la cavité purulente et le double caractère intermittent et parcimonieux de la vomique d'aspect nummulaire, plusieurs hypothèses peuvent être admises, correspondant à des dispositions différentes qui peuvent se trouver réalisées avec une égale fréquence.

Ou bien l'expectoration par crachats isolés et éloignés trouve sa raison d'être dans les dimensions très-réduites de la fissure qui lui livre passage, ou bien cette fissure siège à la partie supérieure de la poche purulente qui, de cette façon, ne se vide que par trop plein ou par excès de tension ; ou bien encore il peut exister une sorte de clapet membraneux, obturant la fissure bronchique et rappelant la disposition du pneumothorax à soupape, clapet qui ne se soulève que de temps à au-

tre pour permettre seulement l'évacuation d'un crachat.

Cette dernière disposition a d'ailleurs été constatée par MM. Hirtz et Beaufumé lors de l'opération d'une pleurésie interlobaire contenant un demi-litre de pus et qui ne s'était manifestée que par quelques rares vomiques nummulaires. Nous regrettons que ces auteurs n'aient pas gardé de notes précises sur ce cas qui, comme ceux que nous avons rapportés, avait aussi, auparavant, été qualifié de tuberculose par plusieurs médecins.

CHAPITRE VI

Pronostic et traitement

Nous serons bref sur le pronostic des vomiques nummulaires : Ce que nous avons dit plus haut à propos de la nécessité de faire un diagnostic et une interprétation exacts de ces vomiques l'a déjà fait entrevoir.

Nous nous bornerons à rappeler que, sauf le cas d'une tuberculose antérieure ou surajoutée, le malade qui présente des vomiques mummulaires nettement caractérisées n'est pas un tuberculeux. Le pronostic est donc favorable, par opposition à celui que comporte une lésion bacillaire avancée ; la thérapeutique peut intervenir avec fruit, et si le malade est soumis à une hygiène et à un traitement bien compris, il doit guérir. Les trois premières observations que nous avons citées le prouvent d'une façon non douteuse.

Ce pronostic doit pourtant être réservé, parceque la terminaison dépend toujours, même dans le cas où la tuberculose n'est pas en cause, de l'étendue des lésions,

de leur siège, de la virulence des microbes et de la résistance de l'individu.

Dans le cas particulier où le sujet qui a présenté des vomiques mummulaires est déjà porteur de lésion bacillaires, et dans celui où, primitivement indemne au point de vue de la bacilliose, il devient secondairement tuberculeux, soit par le fait de prédispositions héréditaires, soit sous l'influence d'un séjour prolongé dans un milieu bacillifère, le pronostic change ; il s'aggrave proportionnellement à l'importance du foyer purulent et à l'intensité des lésions tuberculeuses, et devient alors plus sombre que celui d'une tuberculose simple évoluant seule. Et cela se comprend aisément, puisque chez ce malade, doublement atteint, le foyer purulent pleuro-pulmonaire fait de l'organisme malade un milieu de moindre résistance éminemment favorable à l'évolution rapide de la tuberculose.

Quels sont donc les moyens que le médecin pourra mettre en œuvre auprès d'un malade qui aura présenté des vomiques nummulaires ?

Il ne saurait évidemment être question du traitement de la vomique proprement dite ou de la fistule qui a permis sa production. Les vomiques ne sont qu'un syndrome dont on doit envisager la cause et les conséquences ; c'est contre la cause qu'il faut agir, contre le foyer purulent qu'il faut diriger l'attaque : C'est dire que l'intervention chirurgicale sera presque toujours, en principe, le traitement de choix.

Il n'en est pas moins vrai qu'il sera souvent délicat de se prononcer d'une façon formelle pour ou contre l'intervention chirurgicale.

L'expectation sera quelquefois de mise, la simple évacuation par les bronches pouvant, comme nous l'avons vu chez deux de nos malades, servir de moyen curatif.

Il semblerait même, si l'on envisageait uniquement les trois cas que nous avons rapportés, que l'évolution dût, le plus souvent, être abandonnée, avec confiance, aux propres moyens de défense de l'organisme malade, à l'hygiène, à la thérapeutique médicamenteuse et antiseptique, et aux bons effets de la « *natura mediatric* ».

De ces trois malades, en effet, chez lesquels l'ensemble symptomatique présentait une sévérité assez inquiétante, les deux derniers furent particulièrement considérés comme justiciables d'une intervention chirurgicale; elle leur fut proposée, mais l'un et l'autre la rejetèrent. Nous n'avons pas le droit de les en blâmer, puisque la guérison spontanée a donné raison à la malade de notre seconde observation et que l'autre malade n'a pas été suivi encore assez longtemps.

Pourtant il faut penser que ces trois malades représentent des cas particulièrement favorables et qu'il serait téméraire d'en conclure que tous peuvent toujours, en pareil cas, compter sur une évolution aussi heureuse. La poché purulente que nous avons vue complètement vidée et tarie par la seule expectoration, et dont la cicatrisation complète nous a été ensuite démontrée par la radioscopie, pouvait, soit par le fait d'un plus grand volume, soit par celui d'un terrain moins résistant, persister d'une façon indéfinie, le pus se reformant au fur et à mesure de l'évacuation.

Il n'est pas douteux qu'au cours de cette interminable suppuration, le malade pouvait à tout instant voir son état devenir plus grave, et que l'issue fatale pouvait même survenir, soit comme terminaison d'une cachexie progressive, soit brusquement par le fait d'une complication septique intercurrente.

Le problème se réduit donc à peser d'une part les chances que le malade peut avoir de triompher de sa lésion et de guérir spontanément, avec du temps et des soins, d'autre part le bénéfice immédiat et durable qu'il peut retirer d'une intervention chirurgicale et les risques qu'elle peut lui faire courir.

Pour le résoudre, le médecin sera guidé avant tout par trois éléments d'appréciation : la marche de la température, l'état général du malade et la longue persistance de la suppuration.

Si la température reste modérée, ne dépassant pas 38°, et sans grandes oscillations, avec une dyspnée de faible intensité, et si l'état général reste peu satisfaisant, mais sans perte d'appétit, sans amaigrissement considérable, sans asthénie trop marquée ; si en un mot l'habitus extérieur du malade démontre que l'organisme peut faire les frais de son infection et qu'il ne semble pas devoir fléchir ; si d'autre part on constate que la lésion locale ne progresse pas, que la poche purulente tend au contraire à se combler et que l'expectoration diminue, il semblera indiqué de différer l'intervention et d'espérer la guérison médicale. Mais cette expectoration sera attentive et vigilante, prête à donner l'alarme au

moindre signe d'aggravation. et le malade sera l'objet d'une surveillance de tous les instants.

Il est possible, en pareil cas, que tout se passe bien, et l'on est en droit de penser que rien n'autorise, jusqu'à l'apparition de symptômes plus graves, à faire courir au malade les risques, si minimes soient-ils, d'une grande anesthésie et d'une opération chirurgicale pleuro-pulmonaire.

Il en sera tout autrement si la température, toujours élevée, présente les grandes oscillations caractéristiques des poussées purulentes répétées, si le malade s'amaigrit rapidement, s'affaiblit de jour en jour, présente de l'anorexie et du dégoût pour les aliments, si la dyspnée persistante et progressive, menace d'entraîner une insuffisance d'hématose et de retentir fâcheusement sur un myocarde peut-être déjà fatigué. Un tel ensemble symptomatique ne permet plus l'expectation ; l'apparition de signes d'hecticité et de déchéance, avec tendance à la cachexie, seront du plus mauvais augure ; il faudra les prévoir et les prévenir, mais non attendre de les constater ; toute attente est ici dangereuse et chaque instant perdu assombrit considérablement le pronostic ; l'intervention chirurgicale s'impose alors sans retard, elle est la seule chance de salut.

Un troisième symptôme qui militera en faveur de l'intervention chirurgicale sera la persistance de la suppuration.

Elle démontre en effet que la collection purulente ne présente aucune tendance à la résorption spontanée et à l'accolement des parois de la poche.

Aussi est-il logique de ne pas laisser un malade indéfiniment porteur d'un foyer suppurant, car nous savons toutes les complications d'ordre septicémique qui peuvent survenir dans de pareils cas.

Tout d'abord on tentera la ponction évacuatrice, à moins qu'elle soit particulièrement contre-indiquée.

Nous devons rappeler, en passant, que si les résultats de l'examen clinique et le contrôle de la radioscopie ont fait porter le diagnostic de kyste hydatique, simple ou suppuré, la ponction évacuatrice sera au contraire évitée ; elle ferait courir le triple danger d'infecter la poche, si elle ne l'est pas, de produire chez le malade des phénomènes d'intoxication provoqués par la résorption du liquide partiellement épanché au dehors à travers l'orifice de ponction, et enfin de disséminer des hydatides en d'autres points, où elles donneraient naissance à de nouveaux kystes.

Hormis ce cas particulier, la ponction évacuatrice doit être pratiquée, dans les conditions convenables d'asepsie, et avec une aiguille de longueur et de calibre suffisants, pour les raisons que nous avons exposées plus haut.

Il pourra se faire que, si la collection n'est pas très considérable, la ponction suffise à la vider totalement et que, si le pus ne se reproduit pas, la cicatrisation définitive s'opère, comme dans le cas de guérison spontanée, par le mécanisme que le Professeur Dieulafoy a exposé dans sa leçon clinique sur la pleurésie interlobaire : *la cavité laissée par l'évacuation du pus est en partie comblée par la décompression des lobules pulmonaires voisins.*

La sclérose fait le reste.

Si le pus se reproduit après la ponction, l'ouverture large du foyer sera nécessaire, et elle aura pour guides les renseignements fournis par la radioscopie sur l'état des organes. On aura recours à la pleurotomie s'il s'agit d'une poche purulente pleurale, à la pneumotomie dans le cas d'une collection purulente pulmonaire profonde.

Si le cœur a semblé faiblir, il sera prudent de pratiquer l'anesthésie à l'éther et non au chloroforme.

Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails techniques de ces opérations, et nous nous bornerons à signaler leur opportunité. Faites avec les précautions d'asepsie nécessaires, elles ne font courir d'ordinaire aucun risque au malade et elles assurent à la fois l'évacuation totale, la désinfection et la cicatrisation du foyer.

Certains chirurgiens, parmi lesquels MM. Mongour, Verdelet et Hassler, estimant que l'intervention chirurgicale après les vomiques pleurales ne donne pas de résultats encourageants, n'en sont pas partisans. Telle n'est pas l'opinion de M. Galliard : d'après lui la vomique appelle l'intervention chirurgicale sans délai, même chez les tuberculeux. Il serait préférable en effet d'ouvrir largement les foyers de suppuration et de supprimer ainsi l'expectoration fétide. C'est également l'opinion de MM. Landouzy et Labbé pour qui le traitement de choix est la thoracotomie.

Les foyers ouverts, on pratiquera des lavages à l'eau bouillie, mais sans addition d'antiseptiques, le passage

des liquides toxiques dans les voies respiratoires pouvant causer de graves désordres.

La plaie pleuro-pulmonaire se cicatrise rapidement, le pneumothorax chirurgical se résorbe en quelques jours, le malade recouvre peu à peu ses forces et guérit, dans les cas favorables, sans complications, en quatre ou cinq semaines.

Mais la grosse difficulté à laquelle se heurte le plus souvent le médecin, c'est le refus formel du malade, quand on lui parle d'une opération, même en la lui offrant comme la seule chance de salut. Nous avons vu en effet que les malades de nos observations II et III avaient refusé toute intervention.

Dans des cas semblables le traitement médical est alors seul possible. C'est un pis aller, il n'empêche pas toujours l'issue fatale soit par cachexie progressive, soit par le fait d'une tuberculose secondaire, mais il peut, lui aussi, donner des résultats satisfaisant : il a suffi à guérir totalement les malades de nos deux premières observations.

Quels seront donc les éléments de ce traitement médical ?

M. Mongour a rapporté l'observation de pleurésies purulentes à streptocoques et staphylocoques associés, compliquées de fistules pleuro-bronchiques, et rapidement guéries à la suite d'injections de sérum antistreptococcique de Marmorek à la dose de 50 à 100 centicubes en plusieurs semaines, et il recommande cette médication.

Mais la sérothérapie antistreptococcique ne saurait constituer à elle seule le traitement : elle n'a pas encore fait ses preuves, et l'expérimentation ne nous a pas encore nettement appris le fond que l'on peut faire sur elle.

Dans l'état de notre malade il faut voir deux choses : d'une part une lésion locale, le foyer purulent pleuropulmonaire, et d'autre part le retentissement de l'infection sur l'état général, la déchéance organique plus ou moins avancée dont elle est la cause et qui fait du malade un candidat de choix pour la tuberculose.

Il faut agir en même temps contre l'un et l'autre de ces deux éléments. Pour relever l'état de dépression de l'organisme, on prescrira le repos, le grand air si la saison le permet, afin de soumettre le malade à l'action des deux agents antimicrobiens par excellence, l'oxygène et la lumière.

Si les forces du malade le lui permettent, le séjour dans le midi ou à la campagne, dans un endroit ensoleillé, non humide et à l'abri des vents lui sera salutaire.

La suralimentation modérée, avec des repas peu copieux mais fréquents, l'usage de la viande crue, des œufs crus, des viandes fumées, des lécithines, seront indiqués comme s'il s'agissait d'un tuberculeux.

Si la viande crue est mal supportée, les préparations à base d'extrait de viande obtenu à froid, l'huile de foie de morue, les divers analeptiques seront appelés à la remplacer.

Les indications thérapeutiques sont donc les mêmes que pour les bacillaires qui suppurent.

La médication minéralisatrice, sous la forme de composés calciques, de phosphates et glycéro-phosphates donne aussi d'excellents résultats.

Les piqûres de cocadylate de soude ou d'arrhénal à la dose de cinq centigrammes, faites par séries de dix à douze piqûres, avec un intervalle d'une semaine entre deux séries consécutives, constituent un excellent mode de traitement arsénical.

Contre la lésion elle-même, à défaut d'aérothérapie naturelle, pendant la mauvaise saison, les inhalations d'air ozonisé produisent une action antiseptique appréciable sur les voies respiratoires.

Dans le même sens, mais avec une inefficacité moindre peut-être, pourront agir les inhalations antiseptiques à base de gaiacol, d'eucalyptol, de baume du Pérou, etc.

Enfin ces antiseptiques pourront être administrés par la voie buccale ou rectale, sous forme de capsules, pilules, cachets, lavements, suppositoires, etc.

Le médecin jugera lui-même, à tous moments, de l'opportunité de leur emploi et des doses auxquelles il convient de les prescrire.

Nous croyons utile de répéter ici combien il est indispensable d'éviter pour le malade tout contact bacillaire. Ce serait une grosse faute, s'il devait aller à l'hôpital, de le faire entrer dans une salle de tuberculeux : fatalement il y deviendrait lui-même bacillaire à brève échéance. Loin d'être un incurable, il doit guérir s'il est

placé dans des conditions hygiéniques satisfaisantes et s'il est bien soigné,

Mais encore ne suffit-il pas de traiter l'état général et la lésion. Il est de la plus haute importance de surveiller l'état moral du malade. Il faut qu'il sache bien qu'il doit guérir et qu'il n'y a rien de commun entre lui et un phtisique. Il arrive assez souvent que les malades essaient de déduire eux-mêmes des prescriptions du médecin la nature et la gravité de leur maladie. Certains remèdes que les journaux, les réclames et leur emploi de longue date ont fait connaître, de nom tout au moins, au public, sont catalogués, dans l'esprit de beaucoup de gens, comme spécifiques et indicateurs de certaines affections. Nous avons vu, par exemple, de simples bronchitiques s'imaginer qu'ils étaient tuberculeux, sous prétexte qu'on leur avait prescrit de la créosote, et que leurs jours étaient comptés ; des faits de ce genre s'observent fréquemment chez des sujets nerveux et craintifs ; il faut s'efforcer de les éviter car ils peuvent faire perdre en un seul jour plus de terrain qu'il n'en a été gagné dans une semaine. Il est très simple, par exemple de remplacer la créosote par du Carbonate de Gaiacol ou du thiocol qui ont d'ailleurs sur elle l'avantage de n'être ni répugnants ni caustiques, et de produire moins aisément des gastrites médicamenteuses.

Eviter enfin, par des encouragements et de bonnes paroles, surtout lorsque l'amélioration est pénible ou douteuse, la dépression morale si funeste aux malades qui s'impatientent et perdent espoir, personne n'ignore que cela n'est pas la moindre partie du rôle du médecin

et que bien souvent son attitude près du patient, et le réconfort moral, le regain d'espoir que sa seule présence lui apporte contribuent à des guérisons sur lesquelles il commençait lui même à ne plus compter.

CONCLUSIONS

1° Aux deux types classiques de vomiques déjà connus, vomiques massives d'une part, et vomiques fragmentées de Dieulafoy d'autre part, il y a lieu d'ajouter un troisième type, les vomiques *nummulaires*.

Ce troisième type est nettement individualisé par les trois caractères suivants :

la faible abondance de l'expectoration ;

le rejet de celle-ci uniquement sous forme de crachats isolés et espacés ;

l'aspect nummulaire des crachats.

3° Les vomiques nummulaires s'accompagnent d'un ensemble clinique subaigü et plus ou moins traînant qui rappelle absolument la tuberculose pulmonaire, car elles coexistent avec de la toux, des hémoptysies, un état subfébrile, de l'amaigrissement, des doigts hippocratiques. Aussi le diagnostic de tuberculose pulmonaire est-il communément porté dans ces cas.

4° Cette erreur de diagnostic sera évitée, surtout si le

malade expectore dans un crachoir, par la constatation du non parallélisme entre les signes fonctionnels et généraux et les signes physiques de percussion et d'auscultation, par celle de l'absence de bacilles de Koch, et surtout par l'examen radioscopique.

5° Dans les cas exceptionnels où une collection purulente s'évacuant par des vomiques nummulaires coexiste avec une tuberculose pulmonaire, le diagnostic est encore presque impossible cliniquement aujourd'hui ; la radiscopie viendra lever toutes les hésitations.

6° Les vomiques nummulaires méritent d'être bien connues pour éviter de commettre des erreurs de diagnostic toujours très préjudiciables aux malades. Leur pronostic, en effet, est tout différent de celui de l'expectoration de la tuberculose pulmonaire, car un traitement approprié, médical ou chirurgical, aura le plus souvent toutes chances d'en triompher.

Vu : Le Président de Thèse,
CHAUFFARD.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur: l'Inspecteur de l'Académie,

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DEBOVE et ACHARD : Manuel de Médecine, tome VI (Article de Dupré sur les vomiques).

CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD : Traité de Médecine, tome VII.

DIEULAFOY : Semaine médicale du 8 novembre 1899.

— Leçon sur la pleurésie interlobaire.

Gazette des hopitaux, 7 mars 1903 : Article d'Inghelrans sur les « Vomiques ».

Gazette des hopitaux, 1908, n^{os} 94 et 97 : « Etude des Vomiques ».

Bulletin de la Société des hopitaux de Paris, 11 janvier 1899 :

Article de Troisier sur les pleurésies métapneumoniques ou pneumo-pleurésies de Woillez.

Bulletin médical du 18 mai 1910 : Article de MM. Edg. Hirtz et Beaufumé sur les « Vomiques nummulaires ».

GUÉRINEAU : Th. de Paris, 1859, « sur un mode de terminaison des abcès par congestion ».

CHÉNIEUX : Th. de Paris, 1873 : Abcès par congestion ouvert dans les bronches.

DAMASCHIMO : Th. d'agrégation, Paris 1869 : Des pleurésies purulentes.

WOILLEZ : Trait des maladies aiguës des voies respiratoires,

VIGNES : Th. de Paris, 1877. Etiologie, symptômes et diagnostic des vomiques.

LAURENT : Th. de Paris, 1877 : La vomique dans la pleurésie purulente.

MARTINELLI : Th. de Paris, 1884. La pleurésie interlobaire aiguë.
Sa terminaison par vomique.

BORDE : Thèse de Bordeaux, 1890 : La vomique pleurale considérée comme terminaison favorable de la pleurésie purulente de la grande cavité.

TUFFIER : Semaine médicale, 1899. p. 461 : (fistules réno-pulmonaires).

ROQUETANIÈRE : Thèse de Paris, 1901, n° 184. Pronostic et traitement de la vomique dans la pleurésie purulente à pneumocoques.

JÖEGHER : Th. de Paris, 1898. Rayons. Röntgen et pleurésie purulente.

OGIER : Loire médicale, 1891 : Vomique dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse. *Hydropneumothorax ; Mort.*

GUÉNEAU DE MUSSY : Archives de médecine, juillet 1879 : Cas de guérison par vomique dans la pleurésie diaphragmatique.

LANDOUZY et LABBÉ, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, t. VII : Pleuresie purulente, traitement chirurgical.

MONGOUR, VERDELET, HASSLER : Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 31 mai 1091.

